

宏恩綜合醫院

醫療諮詢服務

(請填寫並列印表單，儘速 E-Mail 或傳真給本院)

一、姓名：_____ 病患姓名：_____ 關係：_____
_____ 目前病患 在家 住院中 科別：_____

二、症狀略述：_____

三、已知診斷病名：_____

四、希望協助事項： 病情分析 協助住院 協助轉院
 其他_____

備註：_____

五、聯絡方式：TEL(電話)：_____

FAX(傳真)：_____

E-mail(電子郵件)：_____

Address(通訊地址)：_____

再度謝謝您對本院的關心及支持，將儘速回覆您！！

宏恩綜合醫院

電話：(02)2771-3161

傳真：(02)2771-8052

E-MAIL：(電子郵件)：country@country.org.tw

Address (通訊地址)：106 台北市大安區仁愛路四段 6 1 號

本院網址：www.country.org.tw